

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**AMBIENTE FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR**

**CON MULTIMORBILIDAD**

**POR:**

**DRA. LAURA JENNIFER HUERTA TREVIÑO**

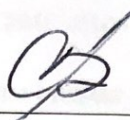
**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER GRADO DE**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**ENERO 2020**

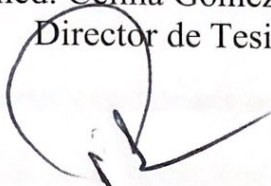
**AMBIENTE FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR**  
**CON MULTIMORBILIDAD**

Aprobación de la Tesis:



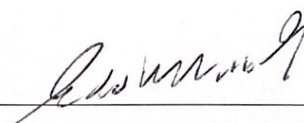
---

Dr. med. Celina Gómez Gómez  
Director de Tesis



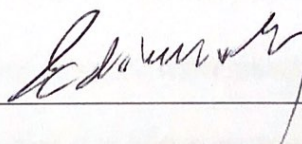
---

Dr. med. Héctor M. Riquelme Heras  
Co-Director de Tesis



---

Dr. MSP Eduardo Méndez Espinosa  
Miembro de Tesis



---

Dr. MSP Eduardo Méndez Espinosa  
Coordinador de Investigación



---

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martinez  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA**

La presente tesis está dedicada a las personas que más amo en este mundo y por quienes todo el esfuerzo invertido durante estos años de residencia le ha dado sentido y me han ayudado a nunca darme por vencida y así poder continuar con mis metas.

Agradezco a Dios por permitirme concluir mis estudios, que me permite sonreír ante mis logros que son resultado de su ayuda, que siempre que se presentaba algún obstáculo, sabía que si ponía todo en sus manos todo tendría solución, gracias porque con cada prueba superada hiciste de mí una mejor persona.

Gracias a mis padres Jorge y Laura que siempre me han apoyado desde el día uno de mi carrera, que siempre estuvieron y están para mí, agradezco todo lo que han hecho por mí, por sus porras para lograr mis metas, por sus consejos para poder llegar a ser la profesional que deseo, y por siempre tener palabras de aliento cuando sentía que ya no podía continuar. Gracias por nunca permitir que me rindiera, por ser tan comprensivos cuando llegue a fallar y hacerme ver que un error lo comete cualquiera pero que lo importante era que me supiera recuperar de ellos. Espero llenarlos de orgullo y que sientan que los correspondí de la forma en que se merecen, más orgullosa estoy yo de tenerlos como padres los amo con todo mi corazón.

Gracias a mis hermanas Alejandra y Diana que siempre han sido la razón por la cual me esfuerzo para ser el mejor ejemplo de hermana mayor que puedan tener, gracias por estar ahí, por siempre hacerme saber que puedo lograr lo que me propongo.

Gracias a mis abuelitos Juanita, Polo y Mela porque siempre me han demostrado su cariño y apoyo, porque al pronunciar con sus voces llenas de orgullo su frase “ya llego mi doctora” hacen que me dé pena ante familiares y desconocidos, pero a la vez, me llena de felicidad saber que están orgullosos de mí.

Gracias a mi amado esposo Tomás Guzmán por ser un modelo para seguir, por inyectarle amor y pasión a mi vida, por enseñarme que todo se logra con disciplina y perseverancia. Por ser la persona que tenía fe en mí, aun y cuando yo la había perdido, por ser el hombro donde muchas veces busque consuelo. Gracias por todas tus palabras y consejos, por siempre regresar a mí la confianza que había perdido y por estar ahí para mí de forma incondicional. Te amo hasta las mecedoras.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi maestra y directora de tesis Dra. Celina, por tenerme paciencia durante este largo viaje, por siempre estar dispuesta a aclarar alguna duda, por siempre estar presente durante los años de residencia, por siempre ser considerada con todos los residentes de medicina familiar, por ser tan detallista conmigo y mis compañeros, solo quiero que sepa que en este mundo se necesitan más maestros como ella que se preocupan realmente por sus alumnos y que siempre están dispuestos a ayudar y hacernos saber que están ahí.

Gracias a mi futuro colega, esto no se hubiera logrado sin tu ayuda, gracias por ayudarme en este proyecto.

Gracias a mi universidad, gracias por haberme formado en ella, y a todas las personas que fueron partícipes en este proyecto, ya sea de manera directa o indirecta.

Gracias a la vida por permitirme ver materializado 3 años de esfuerzo.

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen .....	1
Capítulo 1. Marco teórico .....	3
1.1 Definición de familia .....	3
1.2 Familia como sistema .....	3
1.3 Envejecimiento y el adulto mayor .....	6
1.4 Factores biopsicosociales asociados al envejecimiento .....	7
1.5 Ambiente familiar en el adulto mayor .....	8
1.6 Adulto mayor con multimorbilidad .....	10
Capítulo 2. Planteamiento del problema .....	12
2.1 Planteamiento del problema .....	12
2.2 Pregunta de investigación .....	12
Capítulo 3. Justificación .....	13
Capítulo 4. Objetivos .....	14
4.1 Objetivo general .....	14
4.2 Objetivos específicos .....	14
Capítulo 5. Material y métodos .....	15
5.1 Duración y lugar donde se realizó el estudio .....	15
5.2 Diseño .....	15
5.3 Criterios de selección .....	15

5.3.1 Criterios de inclusión .....	15
5.3.2 Criterios de exclusión .....	16
5.3.3 Criterios de eliminación.....	16
5.4 Tamaño de la muestra .....	16
5.5 Descripción general del estudio .....	17
5.6 Plan de análisis .....	22
5.7 Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad de los datos .....	23
Capítulo 6. Resultados .....	24
Capítulo 7. Discusión .....	35
Capítulo 8. Conclusión .....	40
Capítulo 9. Referencias .....	42
Capítulo 10. Anexos .....	47
Anexo 1. Cuestionario de ambiente familiar en el adulto mayor con multimorbilidad. Características del paciente.....	47
Anexo 2. Escala de ambiente (clima) familiar.....	49
Anexo 3. Descripción de los reactivos de la escala de ambiente familiar de Moos....	54
Anexo 4. Formato de consentimiento informado .....	59
Resumen autobiográfico .....	68

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Claves de corrección para valoración de la encuesta.....	20
Figura 2. Perfil de la escala de clima social: familia .....	20
Figura 3. Interpretación del coeficiente de correlación de Spearman .....	22
Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes .....	24
Tabla 2. Características de las familias de los pacientes.....	26
Tabla 3. Comorbilidades de los pacientes .....	27
Tabla 4. Resultados de la escala de ambiente familiar .....	28
Tabla 5. Puntajes de las dimensiones y subescalas evaluadas en la escala de ambiente familiar .....	33
Tabla 6. Comparación de puntajes entre hombres y mujeres .....	33
Tabla 7. Correlación entre los puntajes de las dimensiones y subescalas de la escala de ambiente familiar con el número de comorbilidades .....	34



## RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, asociado a las esferas biológica, psicológica, intelectual y social. La familia juega un papel importante en el proceso de salud-enfermedad, y es muy evidente cuando dentro de la familia existen adultos mayores, quienes requieren de una atención integral específica, ajustada a sus necesidades y a su etapa de vida. La prevalencia de multimorbilidad según la definición de la OMS aumenta con la edad, y se sitúa entre el 60 y 70% en adultos mayores entre 60 y 80 años, respectivamente.

**Objetivo:** Como se trata a la familia como una unidad, es importante conocer el ambiente familiar en el que se desenvuelven los pacientes adultos mayores para poder valorar la influencia del medio ambiente en el diagnóstico y tratamiento de las múltiples patologías que presenta este grupo de edad y diseñar estrategias para su abordaje.

**Material y métodos:** estudio observacional, transversal de tipo encuesta, descriptivo y analítico del ambiente familiar en el adulto mayor con multimorbilidad. El estudio se realizó a través de la Escala de Ambiente Familiar (FES –Family Environment Scale), es un cuestionario de falso-verdadero de 90 reactivos de autoreporte, diseñado para medir las características del medio ambiente social de las familias. La escala FES evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Se realizó el reclutamiento en las Consultas 1 y 26 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Se invitaron a los adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión a participar en el estudio.

**Resultados:** Se entrevistó a 56 adultos mayores, 60.7% mujeres, 39.3% hombres de  $67.2 \pm 7.5$  años, el tipo de familia más frecuente fue la nuclear (89.3%). Dentro de las principales comorbilidades que padecían este grupo de pacientes fueron hipertensión (78.6%), diabetes mellitus tipo 2 (62.5%) y obesidad (26.8%). Evaluamos el grado de asociación entre el número de comorbilidades de cada paciente y cada subescala de ambiente familiar. Encontramos una asociación moderada negativa entre el grado de expresividad en las relaciones y el crecimiento cultural, y el número de comorbilidades, y una asociación baja negativa entre estas últimas y el puntaje de cohesión, de autonomía, de recreación y de organización.

**Conclusiones:** La familia juega un papel importante en el proceso de salud-enfermedad, y se ajusta a las necesidades de cada integrante y a su etapa de vida. La multimorbilidad es una entidad que será fundamental considerar en todo paciente geriátrico, y la atención familiar no debe ser limitada al integrar las esferas que influyen sobre el desarrollo de todo paciente geriátrico. Encontramos en este estudio que el adulto mayor con morbilidad tiene un ambiente familiar positivo en relación a subescalas de cohesión, actuación, moralidad-religiosidad, organización y control, sin embargo, otras áreas relacionadas al conflicto y social-recreativo son subescalas donde puntúa más bajo, lo cual es necesario reconocerse para poder ubicar a un paciente en técnicas de trabajo del médico familiar, como la activación de recursos necesarios para sobrellevar un envejecimiento sano y control de sus enfermedades

**Palabras clave:** Ambiente familiar, adulto mayor, multimorbilidad.

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Definición de familia**

El término “familia” proviene del latín *famulus*, que significa “esclavo doméstico”(1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”(2).

Según Minuchin, la familia “es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”(3).

La familia es el ámbito social en el que los individuos toman, de una manera u otra, importantes decisiones sobre su vida, su trabajo y otras acciones que inciden en su bienestar(4). La familia es una institución social, la más antigua y extendida de todas; es una institución definida por normas para la constitución de la pareja sexual y de la filiación intergeneracional(5).

### **1.2 Familia como sistema**

La familia es un sistema, que a su vez se compone de subsistemas, como el engranaje que compone una maquinaria. En dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos). Toda familia tiene características propias que la hacen diferenciarse o parecerse a otras, definidas por clasificaciones tipológicas: por composición (nuclear, extensa o compuesta),

desarrollo (tradicional o moderna), demografía (urbana, suburbana o rural), ocupación (campesino, empleado o profesionista), integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), entre otras(6).

En cuanto a los términos de la definición de sistema, la familia es(7):

- Conjunto: en tanto que conjunto, la familia es una totalidad que se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente.
- Estructurado: la familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye reglas de interacción y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes, así como reglas que regulan las relaciones entre los familiares y las relaciones con el exterior, y que indican quién pertenece o queda excluido del grupo familiar.
- Personas: la psicología familiar y la psicología del desarrollo han retomado su papel dentro de la familia como sujeto activo con capacidad de modificar el sistema y de cambiar las metas y los procedimientos internos, sin que el sujeto quede reducido a un mero producto de la globalidad.
- Propósito: las metas del sistema familiar son en principio asignadas socialmente, y luego interiorizadas; y son básicamente la protección y educación de los hijos y su integración en la comunidad como miembros activos.
- Autoorganizado: la familia es agente de su propio desarrollo, de sus propios cambios a través de estrategias, normas, recursos y procedimientos aportados por

todos sus miembros, que van asimilando del mismo entorno en el que la familia se desenvuelve o bien de su particular historia familiar.

- Interacción: los miembros de la familia permanecen en contacto entre sí a partir de una serie continua de intercambios que suponen una mutua influencia y no una mera causalidad lineal, sino bidireccional o circular, que tiende a mantenerse estable.
- Abierto: desde el punto de vista termodinámico y de organización, los sistemas se clasifican en abiertos o cerrados, dependiendo del intercambio o no de energía, materia o información con el exterior de este. Los sistemas vivos se consideran sistemas abiertos, y la familia entra como una clase de sistema vivo. La familia, como sistema abierto, significa que está en continua interacción con otros sistemas.

Las propiedades descritas por la teoría sistémica, y que pueden ser atribuidas a la familia, son(8):

- Totalidad: cada parte está relacionada con todo, una persona puede provocar cambios en todas las personas y en el sistema.
- El ser es activo: cada miembro es activo y comunicacional, interaccional, aunque se proponga no serlo, es reactivo al propio sistema por serlo a cada uno de los miembros.
- Organización estructural: es un modo de organización de los miembros del sistema, es una estructura que emerge de los elementos que interactúan entre sí.

- Relaciones circulares no lineales: en un sistema la relación e interacción se establece en bucles interaccionales, no en nexos causales o relaciones lineales.
- Resultados: los resultados en un sistema no se explican por sus presupuestos o condiciones iniciales, sino por un proceso interaccional de estas condiciones.
- Fuerzas de equilibración: las fuerzas de equilibrio en el seno del sistema familiar son dos, la homeostasis y la función escalonada. El equilibrio deriva de reglas de funcionamiento que implican el establecimiento de límites explícitos e implícitos. Los límites son generacionales, implican alianzas, exclusiones, liderazgos, ejercicio del poder, etc.
- Homeostasis: es una función estabilizadora y de equilibrio. Todo el proceso vital de crecimiento de la familia supone cambios en el equilibrio y nuevas readaptaciones que provocan crisis de crecimiento o patologías más graves.
- La función escalonada: la familia en su ciclo vital logra también el equilibrio a través de una función que le permite metabolizar los cambios evolutivos naturales y/o accidentales que la historia familiar conlleva.

### **1.3 Envejecimiento y el adulto mayor**

La OMS define al adulto mayor como toda persona mayor de 65 años(10). Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos(11); el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares(12,13), que con el tiempo reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen la capacidad del individuo, y a la larga, sobreviene la muerte(10). Estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y se

asocian vagamente con la edad de la persona(11). Hay personas que a mayor edad gozan de buen funcionamiento físico y mental, y otras padecen de fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas a edades más tempranas.

Además, la vejez está asociada con el cambio en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas(10). Aunque algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados(14,15).

#### **1.4 Factores biopsicosociales asociados al envejecimiento**

La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto. El envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una asociación compleja de interacciones entre lo genético (factores intrínsecos) y lo ambiental (factores extrínsecos). El envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, asociado a las esferas biológica, psicológica, intelectual y social(16):

- Con relación a la esfera biológica. Se producen cambios a escala celular, molecular, a nivel de órganos y tejidos. Existen cambios estéticos, aparición de cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Además, existe la tendencia a la aparición de problemas de salud física, como son la mayor frecuencia de enfermedades crónicas y crónico-degenerativas, la tendencia a la disfunción, la discapacidad y la multimorbilidad.

- En referencia al envejecimiento psicológico. Se modifica la forma en la que se percibe la realidad, las relaciones individuales y colectivas. Existe una prevalencia alta de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano. El proceso perceptivo en el anciano se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, provocando una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno.
- Desde el punto de vista social. Se consideran factores como pérdidas, aislamiento, ausencia de confidente, inactividad física, inadaptación a la jubilación, insatisfacción a las actividades cotidianas, pérdida de roles sociales, condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida, la edad avanzada que aumenta la morbilidad y disminuye la salud. Además, la familia juega roles principales, como la adaptación para satisfacer las necesidades del anciano y la aceptación por parte de los miembros de la familia hacia los deseos del anciano.

### **1.5 Ambiente familiar en el adulto mayor**

La familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad y constituye el núcleo más primario del ser humano, donde el hombre genera sus primeros sentimientos y vivencias e incorpora las principales pautas de comportamiento, dándole sentido a su vida(17). La familia permanece como el hábitat principal del ser humano a pesar de las grandes transformaciones tecnológicas y desarrollo social del mundo contemporáneo, ya que cumple funciones insustituibles por otros grupos e instituciones(18). En el envejecimiento activo influyen las relaciones entre distintas generaciones que conviven



en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia(19).

La familia juega un papel importante en el proceso de salud-enfermedad, y es muy evidente cuando dentro de la familia existen adultos mayores, quienes requieren de una atención integral específica, ajustada a sus necesidades y a su etapa de vida(18). Es falso el pensamiento que existe que los adultos mayores son aquellos que reciben el cuidado de la familia, sin embargo, es cierto cuando son adultos mayores con problemas de salud serios. Las personas mayores son las que ofrecen la mayor atención de cuidado de la familia (roles de cuidadores). Se ha sabido que un 20% de las mujeres y un 13% de hombres mayores cuidan a adultos y el 40% de hombres y mujeres mayores cuidan a niños, a sus nietos(19).

Además, el hogar es el lugar donde transcurre la vida de una persona, y está íntimamente unida a ella; es el lugar donde se guarda a sí misma, donde se mantiene contacto con sus posesiones, no sólo las materiales. El hogar hace arte de la intimidad de una persona, es parte de él mismo(20). Una de las tareas propias del hogar, que nuestra sociedad occidental ha ido perdiendo o abandonando, es el guardar, cuidar y amar a la persona anciana(21).

A pesar de que la edad mayor y el envejecimiento han sido conceptos relativamente bien estudiados con relación a los aspectos físicos, sociales, psicológicos y económicos, el aspecto de la parte social es relativamente nuevo. Conforme progresan los estadios de la vida, la edad mayor presenta problemas que las personas tienen dificultades de sobrellevar. La importancia de la intervención pública está ganando reconocimiento como una manera efectiva de tratar con estos problemas(22).

Existen varios autores que han estudiado los problemas y dificultades que tienen los adultos mayores al ser institucionalizados.

Por otro lado, desde que el cuidado del adulto mayor en el hogar ha sido pensando como una tarea normal familiar, poco ha sido estudiado(22). Los adultos mayores que viven en el hogar se han encontrado con varios problemas económicos y se presentan ante dificultades para pagar recibos, hacer reparaciones pequeñas, hacer el mandado, limpiar el hogar, cocinar, leer y organizar transporte. Existen factores como el nivel de ingresos, la edad, sexo, educación el tener hijos, haber migrado, tener una ocupación, poseer una casa y la persona con la que habitan, son determinantes de la intensidad de los problemas y las formas en las que lo sobrellevan(23). Hay características personales y problemas que sobrellevan que tienen un efecto importante hacia su satisfacción de vida(22). Se ha observado que a pesar de que no hay deseo por tener cuidados institucionalizados, se prefiere por un alto porcentaje de adultos mayores en áreas urbanas(22). Sin embargo, el cuidado en el hogar suele ser la opción más ideal(24).

### **1.6 Adulto mayor con multimorbilidad**

Feinstein definió comorbilidad como “cualquier entidad clínica que ha existido o que podría ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad índice bajo estudio”(25).

La OMS definió multimorbilidad como “la presencia de dos o más condicionantes de salud”(26). Con base en una revisión sistemática de la literatura científica, se acuñó otra definición más completa: “la multimorbilidad se define como cualquier combinación de

una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), o con un factor psicosocial (asociado o no), o con un factor somático”(27, 28).

La prevalencia de multimorbilidad según la definición de la OMS aumenta con la edad, y se sitúa entre el 60 y 70% en adultos mayores entre 60 y 80 años, respectivamente(29, 30). Es una condición problema emergente de salud pública global. En Estados Unidos se estima que la atención de las personas que viven con multimorbilidad pasará de USD\$ 60 millones en el 2000 a USD\$81 millones en el 2020(31).

Las principales morbilidades auto-reportadas en adultos mayores en un estudio(32) son hipertensión arterial (53.5%), enfermedades de los huesos (25.4%), diabetes mellitus tipo 2 (23.2%), problemas articulares (20.2%), problemas cardíacos (16.4%), entre otras. La mayoría de los pacientes (54.8%) padecen de multimorbilidad, y las principales combinaciones son entre hipertensión arterial asociada con diabetes mellitus, problemas óseos o problemas cardíacos. Además, la mayoría de los adultos mayores padecen de algún grado de deterioro cognitivo (83.1%) y un riesgo nutricional alto (59.9%). Esto además puede estar asociado a otras condiciones que pueden empeorar la calidad de vida, como el nivel de dependencia funcional, depresión y ansiedad, entre otros.

La multimorbilidad como entidad nosológica será uno de los aspectos fundamentales que complementen el desarrollo futuro de la geriatría. Debemos estar preparados para enfrentarnos y tratar de manera adecuada al adulto mayor que va acumulando procesos patológicos tanto a nivel clínico como subclínico, condicionados por múltiples factores sociales, culturales, de estilos de vida, etc. (33).

## **CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Planteamiento del problema**

La multimorbilidad en el adulto mayor es un concepto ampliamente estudiado en la actualidad, dado la alta presentación de estas distintas poblaciones. Sin embargo, existe escasa información en nuestro conocimiento acerca del ambiente familiar en el que viven los pacientes adultos mayores con multimorbilidad; los cuales son población clave para el trabajo con familias por parte del médico familiar. Como se trata a la familia como una unidad, es importante conocer el ambiente familiar en el que se desenvuelven los pacientes adultos mayores para poder valorar la influencia del medio ambiente en el diagnóstico y tratamiento de las múltiples patologías que presenta este grupo de edad y diseñar estrategias para su abordaje.

### **2.2 Pregunta de investigación**

¿Cómo es el ambiente familiar en el adulto mayor mexicano con multimorbilidad?

### **CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN**

Al año 2015, en México el 12.7% de la población era adulta mayor (>60 años): 7.1% eran adultos mayores hombres y 5.6% adultos mayores mujeres. El índice de envejecimiento era de 38.0, lo que quiere decir que hay 38 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes en nuestro país, el doble de lo que se presentaba en el año 1990 (índice de envejecimiento de 16.0). En Nuevo León, el índice de envejecimiento es similar a la nacional, presentándose de 17.8 y 38.0 en 1990 y 2015, respectivamente. Con estos datos se puede concluir que, en nuestro país, la tasa de envejecimiento va en incremento y cada vez son mayores las necesidades para atender al adulto mayor. A medida que la prevalencia del paciente adulto mayor pluripatológico aumente, la multimorbilidad como entidad nosológica será uno de los aspectos fundamentales que deberán atender los médicos.

El trabajo del médico familiar será el de identificar y atender a esta población desde el primer nivel de atención, ofrecer guías anticipadas para la etapa del ciclo vital familiar e individual, utilización de habilidades para el trabajo con familias con adultos mayores y con adultos mayores de forma personalizada y activación de los recursos con los que cuenta esta población. Sin embargo, para poder realizar este tipo de tareas por parte del médico de familia, es necesario la identificación del ambiente familiar en el que viven los adultos mayores y, sobre todo, aquellos adultos mayores con multimorbilidad que requieran altos índices de recursos por parte del sector público y privado.

Al identificar el ambiente familiar del adulto mayor con multimorbilidad, se pueden evaluar los factores que predisponen a un aumento de multimorbilidad en esta población.

## **CAPÍTULO 4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general:**

- Identificar el ambiente familiar en el adulto mayor con multimorbilidad.

### **4.2 Objetivos específicos:**

1. Determinar qué dimensiones y subescalas del ambiente familiar se relacionan más con el desarrollo de multimorbilidades en el adulto mayor.
2. Determinar la tipología familiar del adulto mayor con multimorbilidad.
3. Conocer la relación entre el número de enfermedades crónico-degenerativas y el ambiente familiar.

## **CAPÍTULO 5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 Duración y lugar donde se realizó el estudio**

- Consulta 1 y Consulta 26 del Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Facultad de Medicina, UANL.
- Reclutamiento del 1 de junio al 30 de octubre de 2019.

### **5.2 Diseño**

- Observacional.
- Transversal, de tipo encuesta.
- Descriptivo y analítico.

### **5.3 Criterios de selección**

#### **5.3.1 Criterios de inclusión**

- Edad mayor de 60 años, de cualquier sexo.
- Hablar el idioma español de forma nativa.
- Acudir al Departamento de Medicina Familiar durante el periodo de estudio.
- Pacientes con multimorbilidad, definida por el padecimiento de dos o más enfermedades crónicas o crónico-degenerativas.
- Haber aceptado el consentimiento informado verbal e informado.

### 5.3.2 Criterios de exclusión

- Discapacidad cognitiva o intelectual.
- Discapacidad auditiva.
- Haber negado el consentimiento informado verbal.

### 5.3.3 Criterios de eliminación

- Tener que retirarse durante el estudio.
- Haber retirado el consentimiento informado.
- Encuestas incompletas.

## 5.4 Tamaño de la muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con una fórmula de estimación de una proporción en una población infinita. Con una prevalencia de multimorbilidad auto-reportada del 54%, un poder del 97.5%, un nivel de significancia bilateral del 5% y una precisión del 13%; se requieren al menos 57 pacientes. Los datos de prevalencia son reportados en la literatura por Casas-Rojas *et al.* (32).

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA					
$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$					
		al cuadrado			
valor Z	1.96	3.8416			
valor p	0.54			n=	56.4647006
valor q	0.46				
valor $\delta$	0.13	0.0169			



Poder (1-β) %	Valor Z	Nivel de significación (α)	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

### 5.5 Descripción general del estudio

La escala de Ambiente familiar (FES –Family Enviroment Scale), diseñada y validada por Moos y Moos (1982), es un cuestionario de falso-verdadero de 90 reactivos de autoreporte, diseñado para medir las características del medio ambiente social de las familias. Se ha medido la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach que varía de 0.61 a 0.78, y una confiabilidad prueba-reprueba (estabilidad temporal) de 0.68 a 0.86. Consiste en tres partes: la forma Real (Form R), que mide las percepciones del ambiente familiar; la forma Ideal (Form I), que mide las percepciones individuales, y la forma E, que mide las Expectativas de lo que la familia debería de ser basada en las percepciones, creencias y actitudes de quien responde el cuestionario. Para fines de este estudio se utilizará la forma Real, adaptada por Fernández Ballesteros R y Sierra B (1984).

La escala FES evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. La escala consta de 10 subescalas que se definen por tres dimensiones fundamentales:

- a) Dimensión de relaciones: esta dimensión evalúa el grado de comunicación y libre expresión por parte de los miembros de la familia, así como el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Esta dimensión se evalúa por medio de tres subescalas:
- a. Cohesión (CO): es el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí.
  - b. Expresividad (EX): es el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
  - c. Conflictivo (CT): es el grado en que se expresan libre y abiertamente el enojo, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.
- b) Dimensión de desarrollo: esta dimensión evalúa la importancia que tienen ciertos procesos de desarrollo personal dentro de la familia, que pueden o no ser fomentados, por la vida en común. Esta dimensión se evalúa por medio de cinco subescalas:
- a. Autonomía (AU): es el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
  - b. Actuación (AC): es el grado en que las actividades (como la escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia.
  - c. Intelectual-Cultural (IC): es el grado de interés en las actividades de ámbito político, social, intelectual y cultural.
  - d. Social-Recreativo (SR): es el grado de participación en actividades sociales y recreativas.

- e. Moralidad-Religiosidad (MR): es el grado de importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religiosas.
- c) Dimensión de estabilidad: esta dimensión proporciona información sobre la estructura y organización de la familia, así como del grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Esta dimensión está formada por dos subescalas:
  - a. Organización (OR): es el grado de importancia que se da a una clara organización o estructura para planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
  - b. Control (CN): es el grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a la reglas y procedimientos establecidos.

Para calcular la puntuación directa fue necesario utilizar la clave de corrección, se contaron las marcas que aparecieron en cada una de las columnas, en las que está dividida y se anotó el total en la casilla PD (puntuación directa) en el lugar correspondiente a la subescala que se estaba puntuando. Las puntuaciones obtenidas se transformaron en puntuaciones percentiles, a partir de estas se elaboró el perfil correspondiente.

La evaluación de los ítems y su correspondiente subescala y dimensión es la siguiente:

## CLAVES DE CORRECCIÓN

Cohesión	Expresividad	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelect-cultural	Social-recreativo	Moralidad-religiosidad	Organización	Control
1 - V	2 - F	3 - V	4 - F	5 - V	6 - V	7 - F	8 - V	9 - V	10 - F
11 - F	12 - V	13 - F	14 - V	15 - V	16 - F	17 - V	18 - F	19 - V	20 - F
21 - V	22 - F	23 - V	24 - V	25 - F	26 - V	27 - F	28 - V	29 - F	30 - V
31 - V	32 - V	33 - F	34 - V	35 - V	36 - F	37 - V	38 - F	39 - V	40 - V
41 - F	42 - V	43 - V	44 - F	45 - V	46 - F	47 - V	48 - V	49 - F	50 - V
51 - V	52 - F	53 - V	54 - V	55 - F	56 - V	57 - F	58 - V	59 - V	60 - F
61 - F	62 - V	63 - F	64 - V	65 - F	66 - V	67 - V	68 - F	69 - V	70 - F
71 - V	72 - F	73 - V	74 - F	75 - V	76 - F	77 - V	78 - V	79 - F	80 - V
81 - V	82 - V	83 - F	84 - F	85 - V	86 - V	87 - F	88 - V	89 - V	90 - V
CO:	EX:	CT:	AU:	AC:	IC:	SR:	MR:	OR:	CN:

Figura 1. Claves de corrección para valoración de la encuesta.

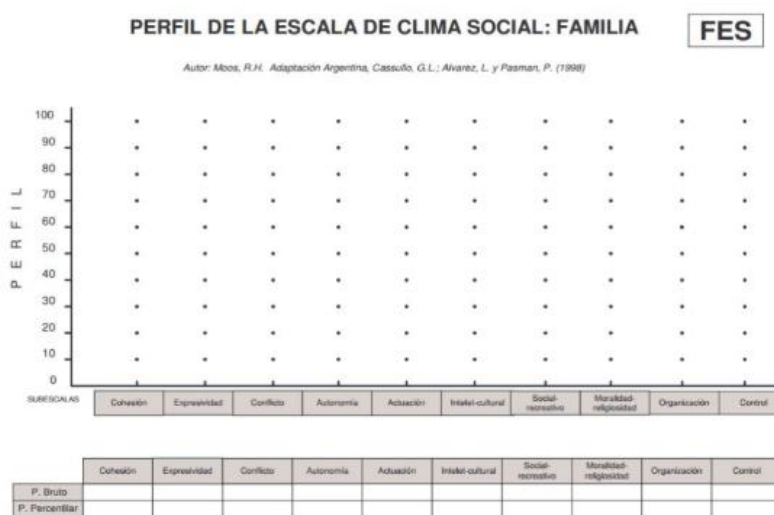


Figura 2. Perfil de la escala de clima social: familia

1. Se realizó el reclutamiento en las Consultas 1 y 26 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Se invitaron a los adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión a participar en el estudio. Se les realizó el consentimiento informado verbal y escrito para que conocieran los beneficios y riesgos a los que serían sometidos durante el desarrollo del estudio de investigación.
2. Al momento de que el paciente hubo aceptado participar en el estudio, se realizaron las preguntas correspondientes para la descripción de la tipología

familiar según el Consenso Mexicano de Medicina Familiar 2005 y el Índice Simplificado de Pobreza Familiar (34):

- a. Por parentesco (con parentesco): nuclear simple, extensa, monoparental, monoparental extendida, nuclear numerosa, reconstruida, no parental, extensa compuesta.
  - b. Por presencia física en el hogar: núcleo integrado, no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.
  - c. Por medios de subsistencia: servicios, comercio, industrial, agrícola.
  - d. Por índice simplificado de pobreza familiar: pobreza familiar alta, pobreza familiar baja, sin evidencia de pobreza familiar.
  - e. Por demografía: urbana, rural
  - f. Por desarrollo: moderna, tradicional.
3. Se solicitó que contestaran la encuesta (ya sea de forma individual o con apoyo del investigador a cargo) Escala de Ambiente Familiar (FES). El tiempo de aplicación fue en promedio de 20 minutos, se contestó el instrumento de papel con lápiz. Se comenzó la administración leyendo en voz alta las instrucciones de la prueba mientras que el adulto mayor lo leía al mismo tiempo. Se debía contestar haciendo un círculo en V o F según consideren Verdadero o Falso las frases en su caso. El paciente podía hacer preguntas para aclarar bien las declaraciones, sin embargo, se debía poner mucho cuidado para no influir en la dirección de las respuestas. Antes de retirarse el investigador debía revisar que se encuentren todos los datos de identificación que se solicitaban y las respuestas a todas las afirmaciones.
4. Se agradeció al paciente y se continuó con la consulta. Los datos acerca de las patologías que padecía el paciente fueron obtenidos del expediente clínico.

5. Se guardaron los datos recabados en una carpeta y se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows.

## 5.6 Plan de análisis

Los datos del estudio fueron capturados y validados a través del paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows. Se describieron los datos a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables cualitativas fueron descritas por medio de frecuencias y porcentajes.

Se compararon las variables continuas por medio de la prueba de Mann-Whitney. Se correlacionaron las escalas de ambiente familiar con el número de morbilidades por medio del coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa. La interpretación para el coeficiente de Spearman ( $\rho$ ) es el siguiente:

# CORRELACIÓN

❖ *Interpretación de los índices:*

➤ **Guilford, 1956**

**<0,20: correlación ligera; relación casi insignificante**

**0,20-0,40: correlación baja; relación definida pero pequeña**

**0,40-0,70: correlación moderada; relación considerable**

**0,70-0,90: correlación elevada; relación notable**

**>0,90: correlación sumamente elevada; relación muy fiable**

Figura 3. Interpretación del coeficiente de correlación de Spearman

### **5.7 Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad de los datos**

Se solicitó la exención del consentimiento informado escrito por no representar la investigación riesgo alguno. Se aplicó un consentimiento informado verbal a los pacientes para la participación en el estudio donde se les explicó que la finalidad de este estudio era meramente observacional para la obtención de datos que pudieran ser útiles para identificar a los pacientes adultos mayores con multimorbilidad, y así poder realizar el trabajo con familias correspondiente, y que los datos obtenidos serían resguardados para mantener la confidencialidad de los sujetos de investigación, y serían de acceso solamente por el equipo de investigación; de existir más dudas podrían acercarse al Investigador Principal o al Comité de Investigación de la Facultad de Medicina.

Los datos del sujeto en investigación fueron resguardados por medio de las iniciales del paciente y un folio individual asignado a cada uno de ellos. El sujeto de investigación era libre de rechazar o retirar su consentimiento informado sin penalización alguna por parte del equipo de investigación. Los procedimientos propuestos estaban de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y normas internacionales vigentes de las Buenas Prácticas de la investigación clínica.

## CAPÍTULO 6. RESULTADOS

La Tabla 1 describe las características sociodemográficas de los adultos mayores encuestados. Se entrevistó a 56 adultos mayores, 60.7% mujeres, de  $67.2 \pm 7.5$  años. El 71.4% tenían un grado de escolaridad de secundaria o menor, 82.1% estaban casados, 53.6% se dedicaban al hogar, 87.5% eran residentes del área metropolitana de Monterrey, 82.1% contaban con algún tipo de cobertura médica, siendo el tipo más frecuente el Seguro Popular (42.9%), 85.7% practicaban la religión católica, y 30.4% demostraban cierto grado de pobreza. Además, 91.1% vivían con su cónyuge y 64.3% con sus hijos.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos**

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Género:</b>		
Masculino	22	39.3
Femenino	34	60.7
<b>Escolaridad:</b>		
Analfabeta	9	16.1
Primaria	19	33.9
Secundaria	12	21.4
Preparatoria	2	3.6
Técnica	7	12.5
Universidad	7	12.5
<b>Estado civil:</b>		
Soltero	3	5.4
Casado	46	82.1
Unión libre	3	5.4
Viudo	4	7.1
<b>Ocupación:</b>		
Hogar	30	53.6
Empleado	7	12.5
Obrero	2	3.6
Comerciante	4	7.2
Desempleado	5	8.9
Profesionista	2	3.6
Jubilado	1	1.8
Otra	5	8.9
<b>Lugar de residencia:</b>		



Monterrey	34	60.7
Guadalupe	6	10.7
San Nicolás	4	7.1
Apodaca	2	3.6
Santa Catarina	3	5.4
Otro	7	12.5
<b>Cobertura médica:</b>		
IMSS	16	28.6
ISSSTE	5	8.9
Seguro Popular	24	42.9
Seguro particular	1	1.8
No tiene	10	17.9
<b>Religión:</b>		
Católica	28	85.7
Cristiana	7	12.5
Testigo de Jehová	1	1.8
<b>Ingreso económico:</b>		
Sin pobreza	39	69.6
Pobreza baja	14	25
Pobreza alta	3	5.4
<b>Vive con:</b>		
Cónyuge	17	30.4
Cónyuge e hijos	34	60.7
Hijos	2	3.6
Sobrinos	1	1.8
Solo	2	3.6
<hr/>		
<b>Edad</b>	<b>x = 67.2</b>	<b>DE= 7.5</b>
	n = 56	

A continuación, en la Tabla 2 se describen las principales características de las familias de los adultos mayores encuestados. Por parentesco, el tipo de familia más frecuente fue la nuclear (89.3%); por estructura, de los tipos de familia que evaluamos, la más frecuente era de tres generaciones (28.6%); por presencia física en el hogar, integrada (100%); por demografía, urbana (91.1%); por desarrollo, tradicional (94.6%); y por vínculo conyugal, familia legal (100%).

**Tabla 2. Características de las familias de los pacientes**

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Por parentesco:</b>		
Nuclear	50	89.3
Extensa	5	8.9
Compuesta	1	1.8
<b>Por estructura:</b>		
Monoparental	1	1.8
Reconstituida	2	3.6
De tres generaciones	16	28.6
Sin hijos	1	1.8
Otra (Nuclear Simple)	36	64.3
<b>Por presencia física en el hogar:</b>		
Integrada	56	100
<b>Por demografía:</b>		
Urbana	51	91.1
Suburbana	4	7.1
Rural	1	1.8
<b>Por desarrollo:</b>		
Moderna	3	5.4
Tradicional	53	94.6
<b>Por vínculo conyugal:</b>		
Familia legal	56	100

Dentro de las principales comorbilidades que padecían este grupo de pacientes (Tabla 3) fueron hipertensión (78.6%), diabetes mellitus tipo 2 (62.5%) y obesidad (26.8%). De los pacientes varones, la presencia de hiperplasia prostática fue del 40.9%. De las enfermedades reumáticas, la más frecuente era la osteoartritis (5.4%). Además, 5.4% pacientes reportaron padecen cáncer, los cuales fueron cáncer cervicouterino o leucemia.

**Tabla 3. Comorbilidades de los pacientes**

<b>Enfermedad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Diabetes mellitus	35	62.5
Hipertensión arterial	44	78.6
Osteoartrosis	5	8.9
Artritis reumatoide	3	5.4
Cáncer	3	5.4
Gastritis	4	7.1
Cardiopatía	2	3.6
Secuelas de ACV	1	1.8
Osteoporosis/osteopenia	1	1.8
Enfermedad renal crónica	2	3.6
Hipotiroidismo	3	5.4
Depresión/ansiedad	3	5.4
Obesidad	15	26.8
Hiperplasia prostática	9	16.1
Colon irritable	1	1.8
Anemia	3	5.4
Infección de vías urinarias	1	1.8
Insuficiencia venosa	3	5.4
<b>Presenta alguna dificultad en:</b>		
Visión	6	10.7
Audición	6	10.7
Nutrición	1	1.8

n= 56

A continuación, se reportan las respuestas de la encuesta (Tabla 4).

**Tabla 4. Resultados de la escala de ambiente familiar.**

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>		<b>Falso</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
1. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.	53	94.6	3	5.4
2. Los miembros de la familia frecuentemente guardan sus sentimientos para sí mismos.	43	76.8	13	23.2
3. Peleamos mucho en nuestra familia.	35	62.5	21	37.5
4. No hacemos las cosas a nuestra manera muy frecuentemente en nuestra familia.	43	76.8	13	23.2
5. Sentimos que es importante ser el mejor en cualquier cosa que hagas.	44	78.6	12	21.4
6. Frecuentemente platicamos sobre problemas sociales y políticos.	28	50.0	28	50.0
7. Pasamos la mayoría de los fines de semana y anochece en casa.	52	92.9	4	7.1
8. Los miembros de la familia acuden a la iglesia, sinagoga o escuela dominical seguido.	35	62.5	21	37.5
9. Las actividades en nuestra familia son planeadas muy cuidadosamente.	23	41.1	33	58.9
10. Los miembros de la familia raramente se ordenan entre ellos.	27	48.2	29	51.8
11. Frecuentemente parece que estamos matando el tiempo en la casa.	39	69.6	17	30.4
12. Decimos lo que queremos en la casa.	54	96.4	2	3.6
13. Los miembros de la familia raramente demuestran su enojo abiertamente.	46	82.1	10	17.9

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>		<b>Falso</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
15. Salir adelante en la vida es muy importante para nuestra familia.	52	92.9	4	7.1
16. Raramente acudimos a conferencias, obras de teatro o conciertos.	42	75.0	14	25.0
17. Los amigos frecuentemente vienen a la casa a cenar o de visita.	34	60.7	22	39.3
18. No decimos oraciones en nuestra familia.	26	46.4	30	53.6
19. Generalmente somos muy limpios y ordenados.	50	89.3	6	10.7
20. Existen muy pocas reglas a seguir en nuestra familia.	43	76.8	13	23.2
21. Ponemos mucha energía en lo que hacemos en la casa.	54	96.4	2	3.6
22. Es difícil “desahogarse” en la casa sin molestar a alguien.	43	76.8	13	23.2
23. Miembros de la familia algunas veces están tan enojados que avientan cosas.	21	37.5	35	62.5
24. Hacemos las cosas por nosotros mismos en nuestra familia.	52	92.9	4	7.1
25. Que tanto dinero gana una persona no es importante para nosotros.	54	96.4	2	3.6
26. Aprender sobre cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra familia.	54	96.4	2	3.6
27. Nadie de nuestra familia es activo en deportes, ligas pequeñas, boliche, etc.	46	82.1	10	17.9
28. Frecuentemente platicamos sobre el significado religioso de la navidad, pascua u otras festividades.	50	89.3	6	10.7
29. Frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesitas en nuestro hogar.	30	53.6	26	46.4
30. Hay un miembro en la familia que toma la mayoría de las decisiones.	53	94.6	3	5.4
31. Existe un sentimiento de unión en nuestra familia.	53	94.6	3	5.4
32. Nos platicamos los unos a los otros nuestros problemas.	53	94.6	3	5.4
33. Los miembros de la familia difícilmente pierden el temperamento.	34	60.7	22	39.3
34. Estamos y vamos a donde queremos en nuestra familia.	51	91.1	5	8.9
35. Creemos en la competencia y “que gane el mejor.”	40	71.4	16	28.6
36. No estamos tan interesados en actividades culturales.	36	64.3	20	35.7
37. Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc.	22	39.3	34	60.7
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.	25	44.6	31	55.4
39. Estar a tiempo es muy importante en nuestra familia.	49	87.5	7	12.5

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>		<b>Falso</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
40. Hay formas establecidas de hacer las cosas en la casa.	49	87.5	7	12.5
41. Difícilmente nos ofrecemos voluntariamente cuando algo debe de hacerse en la casa.	39	69.6	17	30.4
42. Si sentimos que queremos hacer algo al calor del momento frecuentemente solo vamos y lo hacemos.	47	83.9	9	16.1
43. Miembros de la familia frecuentemente se critican los unos a los otros.	41	73.2	15	26.8
44. Existe muy poca privacidad en nuestra familia.	40	71.4	16	28.6
45. Siempre nos esforzamos por hacer las cosas un poco mejor la próxima vez.	53	94.6	3	5.4
46. Raramente tenemos discusiones intelectuales.	40	71.4	16	28.6
47. Cada uno en nuestra familia tiene un pasatiempo o dos.	31	55.4	25	44.6
48. Los miembros de la familia tienen ideas estrictas de lo que está bien y mal.	53	94.6	3	5.4
49. Las personas cambian de manera de pensar frecuentemente en nuestra familia.	54	96.4	2	3.6
50. Existe un énfasis fuerte en seguir las reglas en nuestra familia.	48	85.7	8	14.3
51. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.	52	92.9	4	7.1
52. Alguien generalmente se molesta si te quejas en la familia.	42	75.0	14	25.0
53. Los miembros de la familia algunas veces se golpean los unos a los otros.	23	41.1	33	58.9
54. Los miembros de la familia casi siempre confían en sí mismos cuando tienen un problema.	49	87.5	7	12.5
55. Los miembros de la familia raramente se preocupan sobre promociones en el trabajo, grados escolares, etc.	32	57.1	24	42.9
56. Alguien en la familia toca un instrumento musical.	17	30.4	39	69.6
57. Los miembros de la familia no están muy involucrados en actividades recreacionales fuera del trabajo y escuela.	43	76.8	13	23.2
58. Creemos que hay algunas cosas que debemos tomar con fe.	55	98.2	1	1.8
59. Los miembros de la familia se aseguran que sus cuartos estén limpios.	56	100.0	0	0.0
60. Cada uno tiene el mismo peso en las decisiones de la familia.	25	44.6	31	55.4
61. Existe muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.	37	66.1	19	33.9

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>		<b>Falso</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
62. Se habla abiertamente del dinero y del pago de recibos en nuestra familia.	37	66.1	19	33.9
63. Cuando existe un desacuerdo en nuestra familia, tratamos arduamente de resolverlo y mantener la paz.	37	66.1	19	33.9
64. Los miembros de la familia son fuertemente estimulados los unos a los otros para defender sus derechos.	39	69.6	17	30.4
65. En nuestra familia, no nos esforzamos arduamente para lograr el éxito.	23	41.1	33	58.9
66. Los miembros de la familia frecuentemente van a la biblioteca.	19	33.9	37	66.1
67. Los miembros de la familia algunas veces van a cursos o toman lecciones para algún pasatiempo o interés (fuera de la escuela).	19	33.9	37	66.1
68. En nuestra familia cada persona tiene diferentes ideas sobre lo que está bien y mal.	52	92.9	4	7.1
69. Las responsabilidades de cada persona están claramente definidas en nuestra familia.	40	71.4	16	28.6
70. Podemos hacer lo que queramos en nuestra familia.	49	87.5	7	12.5
71. Realmente nos llevamos bien los unos con los otros.	48	85.7	8	14.3
72. Generalmente somos cuidadosos en lo que nos decimos los unos a los otros.	45	80.4	11	19.6
73. Los miembros de la familia frecuentemente tratan de sobresalir y eliminarse los unos a los otros.	23	41.1	33	58.9
74. Es difícil ser tú mismo sin lastimar los sentimientos de alguien en nuestra familia.	37	66.1	19	33.9
75. “Trabajar antes que jugar” es la regla en nuestra familia.	54	96.4	2	3.6
76. Ver televisión es más importante que leer en nuestra familia.	43	76.8	13	23.2
77. Los miembros de la familia salen mucho.	30	53.6	26	46.4
78. La Biblia es un libro muy importante en nuestra casa.	50	89.3	6	10.7
79. El dinero no es manejado muy cuidadosamente en nuestra familia.	21	37.5	35	62.5
80. Las reglas son muy flexibles en nuestro hogar.	41	73.2	15	26.8
81. Existe el tiempo y la atención suficiente para cada uno en nuestra familia.	31	55.4	25	44.6
82. Existen muchas discusiones espontáneas en nuestra familia.	26	46.4	30	53.6
83. En nuestra familia creemos que no vas a ningún lado si levantas la voz.	52	92.9	4	7.1

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>		<b>Falso</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
84. No somos realmente estimulados a hablar por nosotros mismos en nuestra familia.	36	64.3	20	35.7
85. Los miembros de la familia son frecuentemente comparados con otros sobre qué tan bien la están haciendo en el trabajo o en la escuela.	43	76.8	13	23.2
86. A los miembros de la familia realmente les gusta la música, arte y literatura.	34	60.7	22	39.3
87. Nuestra forma principal de entretenimiento es ver televisión o escuchar la radio.	53	94.6	3	5.4
88. Los miembros de la familia creen que si pecas serás castigado.	53	94.6	3	5.4
89. Los platos generalmente se lavan inmediatamente después de comer.	35	62.5	21	37.5
90. No puedes salirte con mucho en nuestra familia.	44	78.6	12	21.4
91. Cuando usted contestó estas preguntas, ¿a quién tenía usted en mente?				
Hermanos	10	17.9		
Padres	1	1.8		
Otro miembro de la familia	2	3.6		
Esposo(a)/compañero(a)	9	16.1		
Hijo(a)(s)	34	60.7		

En la Tabla 5 se resumen los puntajes de las dimensiones y subescalas. De la dimensión de relación, la subescala con mayor puntaje fue la de cohesión [66.6 (55.5-77.7)], y la de menor puntaje la de conflicto [44.4 (13.8-55.5)]. En la dimensión de crecimiento, las dos subescalas con mayor puntaje fueron la de actuación (logro) [66.6 (66.6-77.7)] y moralidad [66.6 (66.6-77.7)], y la de menor puntaje, la subescala de social-recreativo [33.3 (11.1-44.4)]. De acuerdo con la escala de mantenimiento, ambas subescalas se presentaron en puntajes similares: organización con 66.6 (44.4-66.6) y control con 61.1 (55.5-66.6).



**Tabla 5. Puntajes de las dimensiones y subescalas evaluadas en la escala de ambiente familiar.**

<b>Dimensiones y subescalas</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Relación:</b>	
Cohesión	66.6 (55.5-77.7)
Expresividad	55.5 (36.1-66.6)
Conflicto	44.4 (13.8-55.5)
<b>Crecimiento:</b>	
Autonomía (independencia)	55.5 (44.4-77.7)
Actuación (logro)	66.6 (66.6-77.7)
Intelectual-Cultural (cultura)	44.4 (33.3-55.5)
Social-Recreativo (recreación)	33.3 (11.1-44.4)
Moralidad-Religiosidad (moral)	66.6 (66.6-77.7)
<b>Mantenimiento:</b>	
Organización	66.6 (44.4-66.6)
Control	61.1 (55.5-66.6)

**Tabla 6. Comparación de puntajes entre hombres y mujeres.**

<b>Dimensiones y subescalas</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>P</b>
<b>Relación</b>			
Cohesión	66.6 (55.5-77.7)	66.6 (55.5-77.7)	0.815
Expresividad	55.5 (44.4-66.6)	55.5 (33.3-66.6)	0.588
Conflicto	44.4 (11.1-55.5)	44.4 (19.4-55.5)	0.683
<b>Crecimiento</b>			
Autonomía (independencia)	55.5 (44.4-77.7)	66.6 (52.7-77.7)	0.200
Actuación (logro)	66.6 (63.8-77.7)	77.7 (66.6-77.7)	0.152
Intelectual-Cultural (cultura)	44.4 (33.3-55.5)	38.8 (22.2-55.5)	0.844
Social-Recreativo (recreación)	33.3 (30.5-55.5)	33.3 (11.1-44.4)	0.067
Moralidad-Religiosidad (moral)	66.6 (66.6-77.7)	66.6 (63.8-88.8)	0.938
<b>Mantenimiento</b>			
Organización	66.6 (44.4-66.6)	66.6 (44.4-66.6)	0.527
Control	55.5 (55.5-77.7)	66.6 (55.5-66.6)	0.576

No encontramos diferencias en los puntajes obtenidos entre hombres y mujeres.

Evalúamos el grado de asociación entre el número de comorbilidades de cada paciente y cada subescala de ambiente familiar. Encontramos una asociación moderada negativa entre el grado de expresividad en las relaciones y el crecimiento cultural, y el número de comorbilidades, y una asociación baja negativa entre estas últimas y el puntaje de cohesión, de autonomía, de recreación y de organización (Tabla 7).

**Tabla 7. Correlación entre los puntajes de las dimensiones y subescalas de la escala de ambiente familiar con el número de comorbilidades**

<b>Dimensiones y subescalas</b>	<b>rho*</b>
<b>Relación</b>	
Cohesión	-0.181
Expresividad	-0.422
Conflicto	0.093
<b>Crecimiento</b>	
Autonomía (independencia)	-0.300
Actuación (logro)	0.059
Intelectual-Cultural (cultura)	-0.404
Social-Recreativo (recreación)	-0.239
Moralidad-Religiosidad (moral)	-0.13
<b>Mantenimiento</b>	
Organización	-0.208
Control	-0.108

\*rho=coeficiente de correlación de Spearman

## **CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN**

El envejecimiento es un proceso deletéreo, de carácter progresivo, intrínseco a cada persona y universal que ocurre con el tiempo en todos los seres humanos como consecuencia de múltiples factores relacionados al individuo y al medio ambiente. Además, la presencia de enfermedades crónicas se incrementa con el envejecimiento, y pueden influir negativamente sobre el envejecimiento exitoso, de acuerdo con lo que ha reportado Rosas-Carrasco, et al (35).

La comorbilidad es un término que fue introducido por Feinstein en 1970 al observar que los errores al clasificar y analizar la comorbilidad habían llevado a muchas dificultades en los resultados de los médicos. Este definió a la comorbilidad como la existencia de una entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad indexada bajo estudio (36). La necesidad de describir el concepto de comorbilidad pudo haber sido necesario para identificar aquellas entidades que se presentaban junto con enfermedades primarias que padecían los pacientes, y que debían ser abordadas de forma integral. En el adulto mayor, el abordaje integral de sus comorbilidades, o multimorbilidades, es excepcional durante su atención, de tal forma que se permita alcanzar un envejecimiento sano.

Todos nuestros pacientes se encontraban con multimorbilidad, y las principales patologías que preocupan en esta población son las más predominantes en la población mexicana: diabetes mellitus, hipertensión y obesidad. Además, otras enfermedades relacionadas a este grupo de edad, como las reumáticas, genitourinarias, cardiovasculares, prostáticas, oncológicas y endocrinológicas, deben ser propiamente evaluadas, ya que contribuyen a la adición de comorbilidades que requieren ser atendidas. La prevalencia de trastornos de

la visión y/o audición es del 10.7%. Se reporta que las principales causas de morbilidad en el adulto mayor en la actualidad se relacionan a afecciones cardiovasculares, complicaciones de la diabetes, traumatismos, enfermedad cerebrovascular y neumonías (37). También están presentes otras morbilidades nutricionales, en la que se destaca la obesidad, y se agrega la demencia y la depresión (38). Además, un gran número de mexicanos adultos mayores sufren de un estado de dependencia funcional, y que las morbilidades que sufren se agregan a los costos asociados a este estado (39). Las causas de morbilidad degenerativa crecen en importancia y si bien las enfermedades transmisibles decrecen, lo hacen sin desaparecer del todo (38). En nuestra población, las principales comorbilidades detectadas fueron metabólicas, como la diabetes mellitus tipo 2, cardiovasculares, como la hipertensión arterial, y nutricionales, como la obesidad, lo cual corresponde con lo reportado para la epidemiología actual del adulto mayor mexicano (38).

Se evaluó el ambiente familiar de los adultos mayores atendidos en la consulta de Medicina Familiar en el Hospital Universitario. Entendemos con respecto a las variables sociodemográficas que la población que se atiende es mayormente de bajo nivel socioeconómico y educativo del área metropolitana de Monterrey. Además, la mayor parte de esta población ya no se encuentra laboralmente activa, y en todos los pacientes, la creencia religiosa es predominantemente católica. La mayoría de estos adultos mayores viven con sus cónyuges o con sus hijos.

De acuerdo con la evaluación de las características familiares, la mayor parte de los pacientes tiene una familia de tipo nuclear, de núcleo integrado, principalmente de demografía urbana, y predominantemente tradicional, todos bajo un vínculo conyugal

legal. Esta parte es clave de valorar por parte de los especialistas familiares ya que el tipo de familia es importante identificar al momento de realizar trabajo con familias en el caso de que dichas familias cumplan con criterios para realizar este tipo de terapias.

Por medio de la escala de clima o ambiente familiar, evaluamos tres dimensiones: relación, crecimiento y mantenimiento. La dimensión de relación evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva entre los miembros. La dimensión de crecimiento evalúa la importancia de los procesos de desarrollo familiar dentro de la familia, fomentados o no por la vida común; y la de mantenimiento evalúa la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros (40).

Las subescalas con mayor puntaje fueron las de cohesión, actuación, moralidad-religiosidad, organización y control. De acuerdo con estos resultados, en la familia prevalecen mecanismos de apoyo entre familiares, bajos grado de expresión libre y abierta del enojo, agresividad y conflicto entre los miembros, fuerte grado de enmarcamiento de las actividades en estructuras orientada a la acción o competencia; alta importancia a las prácticas y valores de tipo ético y religiosos; fuerte grado de importancia que se le da a una clara organización o estructura para planificar las actividades y responsabilidades de la familia; y un control sobre la dirección de la vida familiar atendida a reglas y procedimientos establecidos.

Además, se observaron bajos niveles de crecimiento sociales y relacionados a la recreación: esta subescala tuvo el puntaje más bajo de forma global. No encontramos diferencias en estos puntajes entre hombres y mujeres. El ambiente social y familiar es un tema que ya se viene estudiando en las diferentes etapas del ciclo de vida familiar,

principalmente orientado a la salud y satisfacción vital del adolescente. Hay quienes dicen que, en la adolescente, el factor de clima social no tiene relevancia sobre la satisfacción vital del adolescente, y juega un papel más importante su clima escolar (41), sin embargo, otros autores apoyan fuertemente el papel del clima familiar en situaciones de agravio en adolescentes, dado que las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje de valores y habilidades básicas para la interacción con los demás en otros ámbitos (42).

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que evalúa el papel del ambiente familiar sobre la multimorbilidad en el adulto mayor mexicano. Se ha encontrado que existen algunas variables relacionadas a cohesión y comunicación que se asocian con síntomas no depresivos en adultos mayores con depresión, por lo que se entiende el enorme papel familiar sobre la evolución de trastornos psicológicos y psiquiátricos en este grupo etario (43), al punto que se llega admitir que un clima familiar favorable funge como un recurso para poder alcanzar un envejecimiento sano en esta población (44). El papel de la vida representa un factor importante en las relaciones socioafectivas, primordiales en el adulto mayor y su bienestar.

Podemos concluir además que cuando existen mayor número de comorbilidades, esto impacta moderadamente con el grado de expresividad y cultural, en menor grado con otras subescalas, como la cohesión entre los familiares, su autonomía o independencia, el grado social-recreativo, y el grado de organización. Además, encontramos que el número de comorbilidades se asocia casi nulamente con conflicto, actuación, moralidad y religiosidad, y control. Pudiera ser que el número de comorbilidades pueda asociarse con modificaciones del ambiente que vive cada familia, a manera de que puedan funcionar

como mecanismos de compensación o de protección, y que pueden existir otras variables que se puedan asociar al fortalecimiento del ambiente familiar.

Se reconoce en la actualidad que la familia como institución y unidad social puede ser un factor relacionado a la evolución de enfermedades. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el control de enfermedades crónico-degenerativas. Se ha estudiado que en pacientes diabéticos que perciben apoyo por parte de su red social tienen una mayor cantidad de conductas de autocuidado y mejor control metabólico (45). Además, ante la presencia de disfunción familiar, existe mayor descontrol de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que la padecen (46), sin embargo, aún existen discrepancias en este tipo de conclusiones (47), ya que algunos autores refieren que una buena función familiar se relaciona con buen control metabólico, sin embargo, en otras poblaciones, como la descrita por Sánchez Reyes et al (47) no encuentran relación alguna entre la cohesión y adaptación del paciente y su familia con el control glucémico.

Es muy alta la franja poblacional de adultos mayores que presentan problemas sociales por no contar con pensión u otros ingresos, tener ingresos irregulares o viviendas en malas condiciones, y que demandan apoyo de instituciones de salud y de su medio familiar y social (48). Debemos reconocer el grado de vulnerabilidad del adulto mayor y sus principales problemas sociosanitarios para poder realizar intervenciones adecuadas y oportunas hacia el adulto mayor con comorbilidades y su familia y entorno, de tal forma que se logre un envejecimiento sano e integral en cada uno.

## CAPÍTULO 8. CONCLUSIÓN

La vejez está asociada con el cambio en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. La familia juega un papel importante en el proceso de salud-enfermedad, y se ajusta a las necesidades de cada integrante y a su etapa de vida. La multimorbilidad es una entidad que será fundamental considerar en todo paciente geriátrico, y la atención familiar no debe ser limitada al integrar las esferas que influyen sobre el desarrollo de todo paciente geriátrico.

El objetivo principal del estudio fue el de identificar el ambiente familiar del adulto mayor con morbilidad. Encontramos en este estudio que el adulto mayor con morbilidad tiene un ambiente familiar positivo en relación a subescalas de cohesión, actuación, moralidad-religiosidad, organización y control, sin embargo, otras áreas relacionadas al conflicto y social-recreativo son subescalas donde puntúa más bajo, lo cual es necesario reconocerse para poder ubicar a un paciente en técnicas de trabajo del médico familiar, como la activación de recursos necesarios para sobrellevar un envejecimiento sano y control de sus enfermedades.

Otro objetivo del estudio fue el de determinar las dimensiones y subescalas del ambiente familiar que se relacionan con multimorbilidades en el adulto mayor y cómo el número de enfermedades crónico-degenerativas pueden correlacionarse con el ambiente familiar que viven. Podemos concluir además que cuando existen mayor número de comorbilidades, esto impacta *moderadamente* con el grado de expresividad y cultural, *en menor grado* con otras subescalas, como la cohesión entre los familiares, su autonomía o independencia, el grado social-recreativo, y el grado de organización. Además, encontramos que el número de comorbilidades se asocia casi nualmente con conflicto, actuación, moralidad y



religiosidad, y control. Pudiera ser que el número de comorbilidades pueda asociarse con modificaciones del ambiente que vive cada familia, a manera de que puedan funcionar como mecanismos de compensación o de protección, y que pueden existir otras variables que se puedan asociar al fortalecimiento del ambiente familiar.

Por último, un último objetivo que alcanzamos en este estudio fue identificar las tipologías familiares que se asocian a estos pacientes adultos mayores con multimorbilidad. Nosotros encontramos que La mayoría de estos pacientes pertenecían a familias nucleares, integrados, de demografía urbana, de desarrollo tradicional y unas por vínculo conyugal legal. Identificar el tipo de familia es crucial en el trabajo con familias de cada paciente.

Debido a que el rol de la familia impacta fuertemente sobre los desenlaces clínicos de las enfermedades que padecen los pacientes, la familia debe ser también atendida para poder mejorar las condiciones de salud en todo paciente geriátrico.

## CAPÍTULO 9. REFERENCIAS

- 1) Placeres Hernández JF, de León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Policlínico Universitario Nelson Fernández Limonar. Revisado el 19 de abril de 2019 desde: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/855/html>
- 2) Estrella Sinche E, Suárez Bustamante M. Introducción al estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA 2006; 1(1):38-47.
- 3) Minuchin S. Familia y Terapia Familiar. Buenos Aires, Gedisa: 1986.
- 4) Arriagada I. Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas. Revista CEPAL 1998;65:85-102.
- 5) Arriagada I. Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros. Santiago de Chile, Naciones Unidas 2007, p. 32.
- 6) Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta EI, Sainz-Vázquez C, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2006;8(1):27-32.
- 7) Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Revista Internacional de Sistemas 2004;14:21-34.
- 8) Margarito Mateo C. La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo. San Sebastián, Universidad del País Vasco 2004, pp. 1-13.
- 9) Preister S. La teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia. Revista Trabajo Social 1981;5-17.
- 10) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud 2015.

- 11) Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature* 2008;451(7179):644-7.
- 12) Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now and in the future. *Age Ageing* 2012;41(5):581-6.
- 13) Vastos S, Scapagnini G, Bulati M, Candone G, Castilgia L, Colonna-Romanno G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci (School Ed)* 2010;2(1):392-402.
- 14) Baltes P, Freud A, Li SC. The psychological science of human ageing. En: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL (editores). *Cambridge: Cambridge University Press* 2005;47-71.
- 15) Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful ageing: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualization. *J App I Gerontol* 2009;28(6):702-22.
- 16) Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana de Medicina General Integral* 2012;28(2):79-86.
- 17) Martínez Calvo S. La familia: una aproximación desde la salud. *Rev Cubana de Medicina General Integral* 2001;17(3):1-5.
- 18) Pérez-Martin MM, Delgado-Cruz A, Naranjo-Ferregut JA, Álvarez-González K, Díaz-Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* 2012;16(1):97-104.
- 19) Serrano JA. El papel de la familia en el envejecimiento activo, INFORME TFFW 2013-2. *The Family Watch* 2013. Madrid, pp. 1-23.
- 20) Gamboa-Bernal GA. Atención domiciliaria de la persona anciana: una perspectiva bioética. *Aquichan* 2009;9(2):171-84.
- 21) Jofré V, Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Revista Ciencia y Enfermería* 2005;XI(1):37-49.

- 22) Karatas K, Duyan V. Difficulties that elderly people encounter and their life satisfaction. *Social Behavior and Personality* 2008;36(8):1073-84.
- 23) Karatas K, Duyan V. Kocatepec yasli dayonisma merkenzinin hizmet cewre sinde oturan yaslilarin sos yo demografik özeilikleri ve gerek sinimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2002;13(2):77-90.
- 24) Karatas S, Karatas K, Senol C. “Huzurevinde Kalan Yashlarin Yasam Poym Düzeyleri Ile Ölüm Kaygıları Arasindaki Iliski”. XXV. Uluscl Psikiyatri ve Nörolojlk Bilimler Kongresi. UDK Yayinlari, Mersin 1989, pp. 675-672.
- 25) Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970;23:455-68.
- 26) World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Healthcare. Now more than ever. New York: The World Health Report 2008, p. 14.
- 27) Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr Cm Lingher H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir* 2013;14:319-25.
- 28) Fernández-Niño JA, Bustos-Vázquez E. Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y restos de su medición. *Biomédica* 2016;36(2):188-203.
- 29) Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies of multimorbidity: Toward a more uniform methodology. *Ann Fam Medicine* 2012;10:142-51.
- 30) Van der Akker M, Buntinx F, Metsemakers UF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51:367-75.

- 31) Fortin M, Bravo F, Hudon C, Lapointe L, Almirall L, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care: Qual Life Res 2006;15:83-91.
- 32) Casas-Rojas EC, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque O. Multimorbilidad auto-reportada por el adulto mayor del departamento de Antioquía: prevalencia y factores asociados. Revista CES Med 2018;32(2):116-28.
- 33) Martínez Velilla N. Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010;45(4):177-78.
- 34) Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de familias. Arch Med Fam 2005;7(1):15-9.
- 35) Rosas-Carrasco O, González-Flores E, Brito-Carrera AM, Vázquez-Valdez OE, Peschard-Sáenz E, Gutiérrez-Robledo LM. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49(2):153-62.
- 36) Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases. J Chronic Dis 1974; 27(7-8):387-404.
- 37) \* SSA. Morbilidad hospitalaria según causa de egreso. Lista condensada de salud. Sistema Nacional de Salud. Subsistema automatizado de egresos hospitalarios. 1999.
- 38) \*\*Gutiérrez Robledo LM. El proceso de la transición epidemiológica. Demos 2001;14:8-9.
- 39) \*\*\*Gutiérrez Robledo LM. Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in subjects 65 years and older in Mexico City. An Epidemiological Survey. Actas del 17<sup>th</sup> World Congress of the International Association of Gerontology, Vancouver, 2001.
- 40) Vargas Rubilar JA. Percepción de clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía. Interdisciplinaria 2009; 36(2):289-316.

- 41) Estevés López E, Murgui Pérez S, Musitu Ochoa G, Moreno Ruiz D. Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología* 2008;25(1):119-128.
- 42) Vargas Rubilar JA. Percepción del clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía. *Interdisciplinaria* 2009;26(2):289-316.
- 43) Flores Pacheco S, et al. Family and religious factors in depression in older adults. *J Behav Health Soc* 2011;3(2):89-100.
- 44) Fernández Guindo JA, Masso Betancourt E, Chacón Pérez N, Montes de Oca Y. Calidad de vida en el envejecimiento sano del adulto mayor. *Revista de Información Científica* 2011;70(2)
- 45) Irigoyen C, Morales de I. Nuevo diagnóstico familiar. 2da ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
- 46) Ariza E, Nazly C, Lodoño E, Niño C, et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col)* 2005;21:38-40.
- 47) Sánchez Reyes A, Pedraza Avilés AG. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011; 16(2):82-8.
- 48) Villarreal Amaris G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencia y de funcionalidad del adulto mayor con 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte* 2012; 28(1):75-87.

## CAPÍTULO 10. ANEXOS

### ANEXO 1. CUESTIONARIO DE AMBIENTE FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON MULTIMORBILIDAD. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Número de Encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	II. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA...																																
<p><b>1. Género:</b> _____  1 Masculino    2 Femenino</p> <p><b>2. Edad:</b> _____ (en años)</p> <p><b>3. Escolaridad:</b> _____  1 Analfabeta 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria  5 Técnica 6 Universidad 7 Otra: _____</p> <p><b>5. Estado civil:</b> _____  1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Separado  5 Divorciado 6 Viudo</p> <p><b>6. Ocupación:</b> _____  1 Hogar 2 Empleado 3 Obrero 4 Comerciante  5 Desempleado 6 Técnico 7 Profesionista 8 Jubilado  9 Ninguna 10 Otra: _____</p> <p><b>7. Lugar de residencia:</b> _____  1 Monterrey 2 Guadalupe 3 San Nicolás 4 Apodaca  5 San Pedro 6 Santa Catarina 7 Otro: _____</p> <p><b>8. Cobertura médica:</b> _____  1 IMSS 2 ISSSTE 3 Seguro Popular 4 Seguro Particular  5 NOVA 6 No tiene 7 Otra: _____</p> <p><b>9. Religión:</b> _____  1 Católica 2 Bautista 3 Cristiana 4 Testigo de Jehová  5 Ninguna 6 Otra: _____</p> <p><b>10. Ingreso económico:</b> _____  1 Sin pobreza 2 Pobreza baja 3 Pobreza alta</p> <p><b>11. Vive con:</b> _____  1 Cónyuge 2 Cónyuge e hijos 3 Hijos 4 Hermanos  5 Tíos 6 Sobrinos 7 No familiar 8 Solo 9 Otro familiar: _____</p>	<p><b>15. Por demografía:</b> _____  1 Urbana    2 Suburbana    3 Rural</p> <p><b>16. Por desarrollo:</b> _____  1 Moderna    2 Tradicional    3 Arcaica</p> <p><b>17. Por vínculo conyugal:</b> _____  1 Familia legal 2 De hecho o consensual  3 Concubinato simple 4 Concubinato doble</p> <p><b>III. CARACTERÍSTICAS MÉDICAS</b></p> <p><b>18. Enfermedad(es) que padece:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Enfermedad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. DM</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">16. Obesidad</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. HTA</td> <td style="padding: 5px;">17. Constipación</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. Osteoartrosis</td> <td style="padding: 5px;">18. Hiperplasia prostática</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4. AR</td> <td style="padding: 5px;">19. Colon irritable</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5. Cáncer</td> <td style="padding: 5px;">20. Síndrome metabólico</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">6. Gastritis</td> <td style="padding: 5px;">21. Anemia</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7. Cardiopatía</td> <td style="padding: 5px;">22. Úlcera G y/o D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8. EPOC</td> <td style="padding: 5px;">23. IVU</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9. Secuelas ACV</td> <td style="padding: 5px;">24. IRA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10. Osteoporosis</td> <td style="padding: 5px;">25. Otra: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11. Enfermedad Renal crónica</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">12. Secuelas de Fracturas</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">13. Desnutrición</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">14. Hipotiroidismo</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">15. Depresión</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>19. Presenta alguna dificultad en:</b> _____  1 Visión 2 Audición 3 Motriz 4 Nutrición 5 Habla 6 Memoria 7 Otra: _____</p>	Enfermedad		1. DM	16. Obesidad	2. HTA	17. Constipación	3. Osteoartrosis	18. Hiperplasia prostática	4. AR	19. Colon irritable	5. Cáncer	20. Síndrome metabólico	6. Gastritis	21. Anemia	7. Cardiopatía	22. Úlcera G y/o D	8. EPOC	23. IVU	9. Secuelas ACV	24. IRA	10. Osteoporosis	25. Otra: _____	11. Enfermedad Renal crónica		12. Secuelas de Fracturas		13. Desnutrición		14. Hipotiroidismo		15. Depresión	
Enfermedad																																	
1. DM	16. Obesidad																																
2. HTA	17. Constipación																																
3. Osteoartrosis	18. Hiperplasia prostática																																
4. AR	19. Colon irritable																																
5. Cáncer	20. Síndrome metabólico																																
6. Gastritis	21. Anemia																																
7. Cardiopatía	22. Úlcera G y/o D																																
8. EPOC	23. IVU																																
9. Secuelas ACV	24. IRA																																
10. Osteoporosis	25. Otra: _____																																
11. Enfermedad Renal crónica																																	
12. Secuelas de Fracturas																																	
13. Desnutrición																																	
14. Hipotiroidismo																																	
15. Depresión																																	

<p><b>II. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA</b></p> <p><b>12. Por parentesco:</b> _____  1 Nuclear 2 Extensa 3 Compuesta</p> <p><b>13. Por estructura:</b> _____  1 Monoparental 2 Reconstituida 3 De tres genera- ciones 4 Sin hijos 5 Con adolescentes 6 Psicosomáticas 7 Miembro fantasma 8 Otra: _____</p> <p><b>14. Por presencia física en el hogar:</b> ____  1 Integrada 2 Semi-integrada 3 Desintegrada</p>	
--	--



## ANEXO 2. ESCALA DE AMBIENTE (CLIMA) FAMILIAR

### Instrucciones

Existen 90 declaraciones listadas abajo. Son declaraciones acerca de las familias. Usted necesita decidir cuáles de esas declaraciones son verdaderas acerca de su familia y cuáles son falsas. Si piensa que una declaración es *Verdadera* sobre su familia o más *Verdadera* o que es *Falsa* o mayormente *Falsa*, seleccione la respuesta apropiada de *Verdadera* o *Falsa*.

Usted puede sentir que algunas declaraciones son verdaderas para algunos miembros de su familia y falsas para otros. Cruce la V si la declaración es *verdadera* para la mayoría de los integrantes de la familia. Cruce la F, si la declaración es *falsa*. Si los miembros de la familia están divididos, decida cuál es la impresión total más fuerte y responda adecuadamente.

Recuerde, nos gustaría conocer lo que piensa usted sobre su familia. No trate de imaginarse como otros miembros ven a su familia, de su impresión general acerca de su familia en cada declaración.

Declaración	Verdadero	Falso
1. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.		
2. Los miembros de la familia frecuentemente guardan sus sentimientos para sí mismos.		
3. Peleamos mucho en nuestra familia.		
4. No hacemos las cosas a nuestra manera muy frecuentemente en nuestra familia.		
5. Sentimos que es importante ser el mejor en cualquier cosa que hagas.		
6. Frecuentemente platicamos sobre problemas sociales y políticos.		
7. Pasamos la mayoría de los fines de semana y anocheceres en casa.		

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
8. Los miembros de la familia acuden a la iglesia, sinagoga o escuela dominical seguido.		
9. Las actividades en nuestra familia son planeadas muy cuidadosamente.		
10. Los miembros de la familia raramente se ordenan entre ellos.		
11. Frecuentemente parece que estamos matando el tiempo en la casa.		
12. Decimos lo que queremos en la casa.		
13. Los miembros de la familia raramente demuestran su enojo abiertamente.		
14. En nuestra familia, somos fuertemente estimulados a ser independientes.		
15. Salir adelante en la vida es muy importante para nuestra familia.		
16. Raramente acudimos a conferencias, obras de teatro o conciertos.		
17. Los amigos frecuentemente vienen a la casa a cenar o de visita.		
18. No decimos oraciones en nuestra familia.		
19. Generalmente somos muy limpios y ordenados.		
20. Existen muy pocas reglas a seguir en nuestra familia.		
21. Ponemos mucha energía en lo que hacemos en la casa.		
22. Es difícil “desahogarse” en la casa sin molestar a alguien.		
23. Miembros de la familia algunas veces están tan enojados que avientan cosas.		
24. Hacemos las cosas por nosotros mismos en nuestra familia.		
25. Que tanto dinero gana una persona no es importante para nosotros.		
26. Aprender sobre cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra familia.		
27. Nadie de nuestra familia es activo en deportes, ligas pequeñas, boliche, etc.		
28. Frecuentemente platicamos sobre el significado religioso de la navidad, pascua u otras festividades.		
29. Frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesitas en nuestro hogar.		
30. Hay un miembro en la familia que toma la mayoría de las decisiones.		
31. Existe un sentimiento de unión en nuestra familia.		
32. Nos platicamos los unos a los otros nuestros problemas.		
33. Los miembros de la familia difícilmente pierden el temperamento.		
34. Estamos y vamos a donde queremos en nuestra familia.		
35. Creemos en la competencia y “que gane el mejor.”		

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
36. No estamos tan interesados en actividades culturales.		
37. Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc.		
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.		
39. Estar a tiempo es muy importante en nuestra familia.		
40. Hay formas establecidas de hacer las cosas en la casa.		
41. Difícilmente nos ofrecemos voluntariamente cuando algo debe de hacerse en la casa.		
42. Si sentimos que queremos hacer algo al calor del momento frecuentemente solo vamos y lo hacemos.		
43. Miembros de la familia frecuentemente se critican los unos a los otros.		
44. Existe muy poca privacidad en nuestra familia.		
45. Siempre nos esforzamos por hacer las cosas un poco mejor la próxima vez.		
46. Raramente tenemos discusiones intelectuales.		
47. Cada uno en nuestra familia tiene un pasatiempo o dos.		
48. Los miembros de la familia tienen ideas estrictas de lo que está bien y mal.		
49. Las personas cambian de manera de pensar frecuentemente en nuestra familia.		
50. Existe un énfasis fuerte en seguir las reglas en nuestra familia.		
51. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.		
52. Alguien generalmente se molesta si te quejas en la familia.		
53. Los miembros de la familia algunas veces se golpean los unos a los otros.		
54. Los miembros de la familia casi siempre confían en sí mismos cuando tienen un problema.		
55. Los miembros de la familia raramente se preocupan sobre promociones en el trabajo, grados escolares, etc.		
56. Alguien en la familia toca un instrumento musical.		
57. Los miembros de la familia no están muy involucrados en actividades recreacionales fuera del trabajo y escuela.		
58. Creemos que hay algunas cosas que debemos tomar con fe.		
59. Los miembros de la familia se aseguran que sus cuartos estén limpios.		
60. Cada uno tiene el mismo peso en las decisiones de la familia.		
61. Existe muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.		
62. Se habla abiertamente del dinero y del pago de recibos en nuestra familia.		
63. Cuando existe un desacuerdo en nuestra familia, tratamos arduamente de resolverlo y mantener la paz.		

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
64. Los miembros de la familia son fuertemente estimulados los unos a los otros para defender sus derechos.		
65. En nuestra familia, no nos esforzamos arduamente para lograr el éxito.		
66. Los miembros de la familia frecuentemente van a la biblioteca.		
67. Los miembros de la familia algunas veces van a cursos o toman lecciones para algún pasatiempo o interés (fuera de la escuela).		
68. En nuestra familia cada persona tiene diferentes ideas sobre lo que está bien y mal.		
69. Las responsabilidades de cada persona están claramente definidas en nuestra familia.		
70. Podemos hacer lo que queramos en nuestra familia.		
71. Realmente nos llevamos bien los unos con los otros.		
72. Generalmente somos cuidadosos en lo que nos decimos los unos a los otros.		
73. Los miembros de la familia frecuentemente tratan de sobresalir y eliminarse los unos a los otros.		
74. Es difícil ser tú mismo sin lastimar los sentimientos de alguien en nuestra familia.		
75. “Trabajar antes que jugar” es la regla en nuestra familia.		
76. Ver televisión es más importante que leer en nuestra familia.		
77. Los miembros de la familia salen mucho.		
78. La Biblia es un libro muy importante en nuestra casa.		
79. El dinero no es manejado muy cuidadosamente en nuestra familia.		
80. Las reglas son muy flexibles en nuestro hogar.		
81. Existe el tiempo y la atención suficiente para cada uno en nuestra familia.		
82. Existen muchas discusiones espontáneas en nuestra familia.		
83. En nuestra familia creemos que no vas a ningún lado si levantas la voz.		
84. No somos realmente estimulados a hablar por nosotros mismos en nuestra familia.		
85. Los miembros de la familia son frecuentemente comparados con otros sobre qué tan bien la están haciendo en el trabajo o en la escuela.		
86. A los miembros de la familia realmente les gusta la música, arte y literatura.		
87. Nuestra forma principal de entretenimiento es ver televisión o escuchar la radio.		
88. Los miembros de la familia creen que si pecas serás castigado.		

<b>Declaración</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
89. Los platos generalmente se lavan inmediatamente después de comer.		
90. No puedes salirte con mucho en nuestra familia.		
91. Cuando usted contestó estas preguntas, ¿a quién tenía usted en mente?		
Hermanos		
Padres		
Otro miembro de la familia		
Esposo(a)/compañero(a)		
Hijo(a)(s)		

### **ANEXO 3. DESCRIPCIÓN DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR DE MOOS**

#### **CONFLICTO**

##### **Positivo**

23. Miembros de la familia algunas veces están tan enojados que avientan cosas.
3. Peleamos mucho en nuestra familia.
43. Miembros de la familia frecuentemente se critican los unos a los otros.
53. Los miembros de la familia algunas veces se golpean los unos a los otros.
73. Los miembros de la familia frecuentemente tratan de sobresalir y eliminarse los unos a los otros.

##### **Negativo**

13. Los miembros de la familia raramente demuestran su enojo abiertamente.
33. Los miembros de la familia difícilmente pierden el temperamento.
63. Cuando existe un desacuerdo en nuestra familia, tratamos arduamente de resolverlo y mantener la paz.
83. En nuestra familia creemos que no vas a ningún lado si levantas la voz.

#### **COHESIÓN**

##### **Positivo**

1. Los miembros de la familia realmente se apoyan los unos a los otros.
21. Ponemos mucha energía en lo que hacemos en la casa.
31. Existe un sentimiento de unión en nuestra familia.
51. Los miembros de la familia realmente se protegen los unos a los otros.
71. Realmente nos llevamos bien los unos con los otros.
81. Existe el tiempo y la atención suficiente para cada uno en nuestra familia.

##### **Negativo**

11. Frecuentemente parece que estamos matando el tiempo en la casa.
41. Difícilmente nos ofrecemos voluntariamente cuando algo debe de hacerse en la casa.
61. Existe muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.

## **EXPRESIÓN**

### **Positivo**

- 12. Decimos lo que queremos en la casa.
- 32. Nos platicamos los unos a los otros nuestros problemas.
- 42. Si sentimos que queremos hacer algo al calor del momento frecuentemente solo vamos y lo hacemos.
- 62. Se habla abiertamente del dinero y del pago de recibos en nuestra familia.
- 82. Existen muchas discusiones espontáneas en nuestra familia.

### **Negativo**

- 2. Los miembros de la familia frecuentemente guardan sus sentimientos para sí mismos.
- 22. Es difícil “desahogarse” en la casa sin molestar a alguien.
- 52. Alguien generalmente se molesta si te quejas en la familia.
- 72. Generalmente somos cuidadosos en lo que nos decimos los unos a los otros.

## **INDEPENDENCIA**

### **Positivo**

- 14. En nuestra familia, somos fuertemente estimulados a ser independientes.
- 24. Hacemos las cosas por nosotros mismos en nuestra familia.
- 34. Estamos y vamos a donde queremos en nuestra familia.
- 54. Los miembros de la familia casi siempre confían en sí mismos cuando tienen un problema.
- 64. Los miembros de la familia son fuertemente estimulados los unos a los otros para defender sus derechos.

### **Negativo**

- 4. No hacemos las cosas a nuestra manera muy frecuentemente en nuestra familia.
- 44. Existe muy poca privacidad en nuestra familia.
- 74. Es difícil ser tú mismo sin lastimar los sentimientos de alguien en nuestra familia.
- 84. No somos realmente estimulados a hablar por nosotros mismos en nuestra familia.

## **ORIENTACIÓN AL LOGRO**

### **Positivo**

- 15. Salir adelante en la vida es muy importante para nuestra familia.
- 35. Creemos en la competencia y “que gane el mejor.”
- 45. Siempre nos esforzamos por hacer las cosas un poco mejor la próxima vez.
- 5. Sentimos que es importante ser el mejor en cualquier cosa que hagas.
- 75. “Trabajar antes que jugar” es la regla en nuestra familia.
- 85. Los miembros de la familia son frecuentemente comparados con otros sobre qué tan bien la están haciendo en el trabajo o en la escuela.

### **Negativo**

- 25. Que tanto dinero gana una persona no es importante para nosotros.
- 55. Los miembros de la familia raramente se preocupan sobre promociones en el trabajo, grados escolares, etc.
- 65. En nuestra familia, no nos esforzamos arduamente para lograr el éxito.

## **ORIENTACIÓN INTELECTUAL-CULTURAL**

### **Positivo**

- 26. Aprender sobre cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra familia.
- 56. Alguien en la familia toca un instrumento musical.
- 6. Frecuentemente platicamos sobre problemas sociales y políticos.
- 66. Los miembros de la familia frecuentemente van a la biblioteca.
- 86. A los miembros de la familia realmente les gusta la música, arte y literatura.

### **Negativo**

- 16. Raramente acudimos a conferencias, obras de teatro o conciertos.
- 36. No estamos tan interesados en actividades culturales.
- 46. Raramente tenemos discusiones intelectuales.
- 76. Ver televisión es más importante que leer en nuestra familia.



## **ORIENTACIÓN ACTIVA-RECREACIONAL**

### **Positivo**

- 17. Los amigos frecuentemente vienen a la casa a cenar o de visita.
- 37. Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc.
- 47. Cada uno en nuestra familia tiene un pasatiempo o dos.
- 67. Los miembros de la familia algunas veces van a cursos o toman lecciones para algún pasatiempo o interés (fuera de la escuela).
- 77. Los miembros de la familia salen mucho.

### **Negativo**

- 27. Nadie de nuestra familia es activo en deportes, ligas pequeñas, boliche, etc.
- 57. Los miembros de la familia no están muy involucrados en actividades recreacionales fuera del trabajo y escuela.
- 7. Pasamos la mayoría de los fines de semana y anocheceres en casa.
- 87. Nuestra forma principal de entretenimiento es ver televisión o escuchar la radio.

## **ORGANIZACIÓN**

### **Positivo**

- 19. Generalmente somos muy limpios y ordenados.
- 39. Estar a tiempo es muy importante en nuestra familia.
- 59. Los miembros de la familia se aseguran que sus cuartos estén limpios.
- 69. Las responsabilidades de cada persona están claramente definidas en nuestra familia.
- 89. Los platos generalmente se lavan inmediatamente después de comer.
- 9. Las actividades en nuestra familia son planeadas muy cuidadosamente.

### **Negativo**

- 29. Frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesitas en nuestro hogar.
- 49. Las personas cambian de manera de pensar frecuentemente en nuestra familia.
- 79. El dinero no es manejado muy cuidadosamente en nuestra familia.

## **CONTROL**

### **Positivo**

- 30. Hay un miembro en la familia que toma la mayoría de las decisiones.
- 40. Hay formas establecidas de hacer las cosas en la casa.
- 50. Existe un énfasis fuerte en seguir las reglas en nuestra familia.
- 80. Las reglas son muy flexibles en nuestro hogar.
- 90. No puedes salirte con mucho en nuestra familia.

### **Negativo**

- 10. Los miembros de la familia raramente se ordenan entre ellos.
- 20. Existen muy pocas reglas a seguir en nuestra familia.
- 60. Cada uno tiene el mismo peso en las decisiones de la familia.
- 70. Podemos hacer lo que queramos en nuestra familia.

## **ORIENTACIÓN MORAL-RELIGIOSA**

### **Positivo**

- 28. Frecuentemente platicamos sobre el significado religioso de la navidad, pascua u otras festividades.
- 48. Los miembros de la familia tienen ideas estrictas de lo que está bien y mal.
- 58. Creemos que hay algunas cosas que debemos tomar con fe.
- 78. La Biblia es un libro muy importante en nuestra casa.
- 8. Los miembros de la familia acuden seguido a la iglesia, sinagoga o escuela dominical.
- 88. Los miembros de la familia creen que si pecas serás castigado.

### **Negativo**

- 18. No decimos oraciones en nuestra familia.
- 38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
- 68. En nuestra familia cada persona tiene diferentes ideas sobre lo que está bien y mal.

## ANEXO 4. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>Título del Estudio</b>	Ambiente familiar en el adulto mayor con multimorbilidad
<b>Nombre del Investigador Principal</b>	Dra. Celina Gómez Gómez
<b>Servicio / Departamento</b>	Medicina Familiar
<b>Teléfono de Contacto</b>	8112407762
<b>Persona de Contacto</b>	Dra. Laura Jennifer Huerta Treviño
<b>Versión de Documento</b>	Versión 1
<b>Fecha de Documento</b>	12 de mayo de 2019

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que Usted hará si decide participar, y la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud.

Puede contener palabras que Usted no entienda. Por favor solicite a su médico o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

#### ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El propósito de este estudio es el de conocer el ambiente familiar los adultos mayores o personas de la tercera edad que padecen varias enfermedades (al menos dos enfermedades).

Se le pide participar porque usted es un candidato que cumple las características de la población que nosotros queremos estudiar y evaluar, de forma que podamos conocer un poco más acerca de las personas de la tercera edad que padecen muchas enfermedades y la manera en que viven con sus familias.

La investigación en la que Usted participará es importante porque con los resultados obtenidos se espera que podamos conocer de mejor forma acerca del ambiente familiar en el que viven las personas de la tercera edad que padecen muchas enfermedades en nuestro país, y ofrecer un mejor servicio como médicos que trabajan con familias, identificar enfermedades y darles un tratamiento temprano a estas personas.

**¿CUÁL SERÁ LA DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUÁNTOS PARTICIPANTES HABRÁ EN ESTE ESTUDIO?**

La duración del estudio será durante su visita a la consulta, de forma única. Se incluirán 96 personas de la tercera edad en nuestro Departamento de Medicina Familiar como totalidad de nuestro trabajo, durante los meses de junio a octubre del 2019

**¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?**

Los criterios de inclusión y de exclusión son los siguientes:

Incluiremos personas de la tercera edad mayores de 60 años, que hablen el idioma español muy bien (de forma nativa), que acudan a nuestro Departamento de Medicina Familiar, y que padezcan dos o más enfermedades de larga duración o enfermedades que se consideren degenerativas, además de que acepten este consentimiento informado para participar. Se excluirán de nuestro estudio a personas que tengan alguna discapacidad para el conocimiento o en el intelecto, que no puedan tomar decisiones propias, que hayan sido diagnosticadas con algún tipo de demencia por cualquier médico, o que tengan una discapacidad para escuchar, además de que no acepten participar en nuestro estudio.

**¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?**

Los procedimientos que se le realizarán serán los siguientes:

Se le aplicará durante su consulta una encuesta sencilla de 90 oraciones que podrá responder falso o verdadero, según lo que usted crea. Además, se identificará el tipo de familia con el que vive, como parte rutinaria que se realiza en nuestra consulta.

### **¿QUÉ VA A HACER SI USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Si Usted da su consentimiento para participar, se le pedirá que conteste de forma completa la encuesta. Sus responsabilidades serán el llenado de la encuesta y brindarnos información verdadera en la encuesta y durante la consulta.

### **¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?**

Las molestias del estudio que usted podrá llegar es no entender alguna oración del cuestionario y que sienta que apresurado o abrumado por el tiempo que le tomará en contestar la encuesta. En caso de que usted sienta alguna molestia, podremos apoyarle para entienda y conteste las preguntas, y puede sentir la calma y libertad de poder contestar la encuesta a su ritmo, sin ser apresurado. Usted no tiene que participar en este estudio de investigación si no lo desea.

### **¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?**

Es probable que Usted no tenga un beneficio directo por participar en este estudio de investigación...

La participación en este estudio puede ayudar a los médicos científicos a comprender mejor acerca del ambiente de las familias de las personas de la tercera edad que padecen al menos dos enfermedades de larga duración en nuestro país.

### **¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?**

No habrá costos para Usted por participar en este estudio.

**¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?**

A Usted no se le proporcionará ninguna compensación para sus gastos de transportación.

**¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?**

Usted no recibirá ningún pago por la participación en este estudio...

**¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?**

Si decide participar en este estudio, Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, incluyendo la decisión de continuar o no su en el estudio. Usted es libre de terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

**¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?**

Su participación es estrictamente voluntaria. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo.

Su participación también podrá ser suspendida o terminada por el médico del estudio, sin su consentimiento, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Que el estudio haya sido cancelado.
- Que el médico considere que es lo mejor para Usted.
- Que necesita algún procedimiento o medicamento que interfiere con esta investigación.
- Que no ha seguido las indicaciones del médico lo que pudiera traer como consecuencias problemas en su salud.

Si Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Notificar a su médico tratante del estudio
- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio se da por terminada, por cualquier razón, por su seguridad, el médico continuará con seguimientos clínicos. Además, su información médica recabada hasta ese momento podrá ser utilizada para fines de la investigación.

### **¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?**

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo a la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo a las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico.

La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de reportes de seguridad, incluyendo agencias reguladoras locales (Secretaría de Salud SSA), así como al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como la Secretaría de Salud y el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación de nuestra Institución, podrán inspeccionar su expediente clínico, incluso los datos que fueron recabados antes del inicio de su participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio u otra información personal.

En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de parte o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como sujeto en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información médica personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.

Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

**SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?**



En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al **Dr. José Gerardo Garza Leal**, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

**Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.**

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n

Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.

CP 66460

Teléfonos: (81) 83294000 ext. 2870 a 2874

Correo electrónico: [investigacionclinica@meduanl.com](mailto:investigacionclinica@meduanl.com)

**RESUMEN CONSENTIMIENTO**

**PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN**

- ☐ Mi participación es completamente voluntaria.
- ☐ Confirmando que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.
- ☐ Confirmando que se me ha explicado el estudio, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha dado el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación. Sé con quién debo comunicarme si tengo más preguntas.
- ☐ Entiendo que las secciones de mis anotaciones médicas serán revisadas cuando sea pertinente por el Comité de Ética en Investigación o cualquier otra autoridad regulatoria para proteger mi participación en el estudio.
- ☐ Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.
- ☐ Acepto que mis materiales biológicos (sangre, orina, tejidos) recolectados puedan usarse para los fines que convengan a este estudio.
- ☐ Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio.
- ☐ Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico.

☐ Confirmando que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado.

\_\_\_\_\_

Nombre del Sujeto de Investigación

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

### **PRIMER TESTIGO**

\_\_\_\_\_

Nombre del Primer Testigo

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el Sujeto de Investigación

-----

### **SEGUNDO TESTIGO**

\_\_\_\_\_

Nombre del Primer Testigo

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el Sujeto de Investigación

## **PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO**

He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

---

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento

---

Firma

---

Fecha

## **Resumen Autobiográfico**

Laura Jennifer Huerta Treviño

Licenciatura en Médico Cirujano Partero

Candidato para el Grado de Especialista en Medicina Familiar

Tesis: Ambiente Familiar en el adulto mayor con multimorbilidad

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 20 de abril de 1989

Hija de Jorge Huerta Rangel y Laura Treviño González

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Grado obtenido: Médico Cirujano y Partero en 2013